

Cas de la semaine # 47

25 Septembre 2017

Préparé par Dre Fatima Ameer fellow

Dre Manon Bélair MD

Hôpital Notre Dame, CHUM

**Département de radiologie
Faculté de médecine**

Université 
de Montréal

Histoire Clinique

- Pas d'antécédents
- Symptômes frustrés pendant plusieurs mois : douleur oculaire de faible intensité et larmoiements
- Puis progression et aggravation des crises
- Pas de baisse de l'acuité visuelle, de scotome ou d'anomalie du champ visuel
- Traitement par corticoïdes non efficace



31 ans

TDM sans et avec contraste

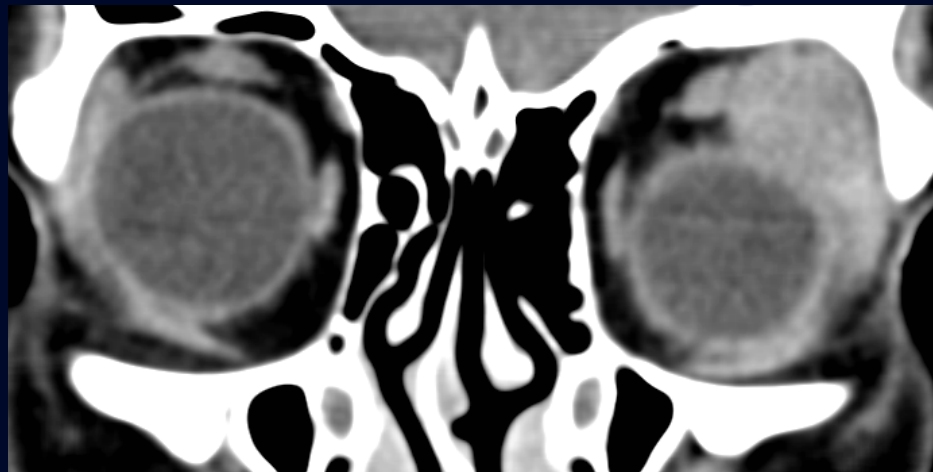
C-



C+

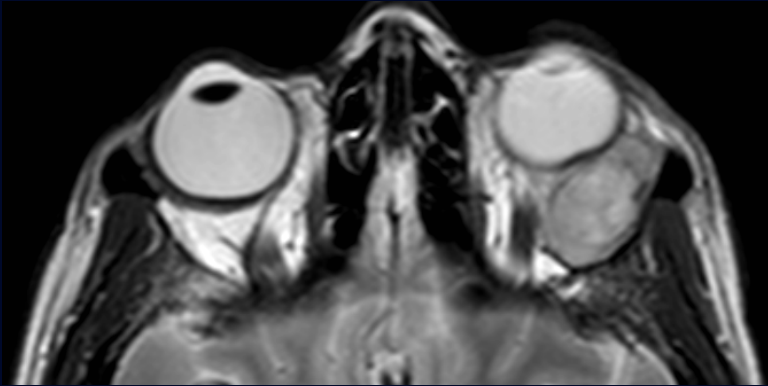


C+

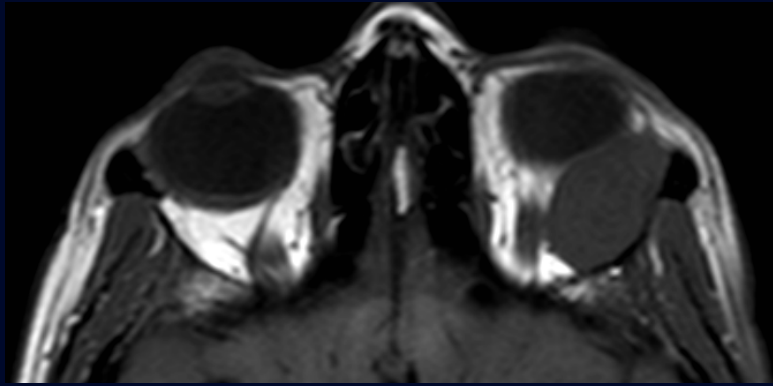


IRM orbitaire sans et avec contraste

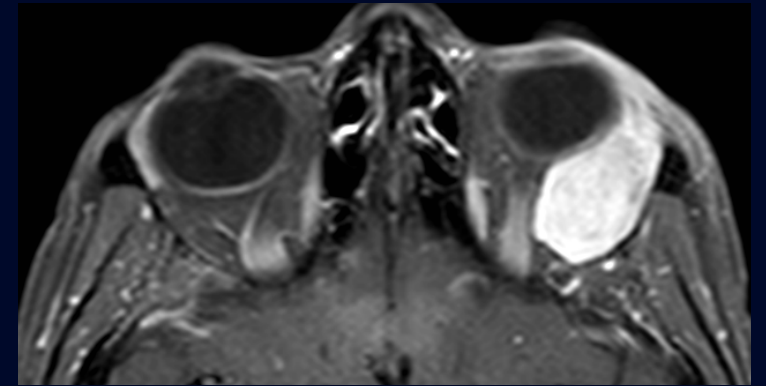
Ax T2



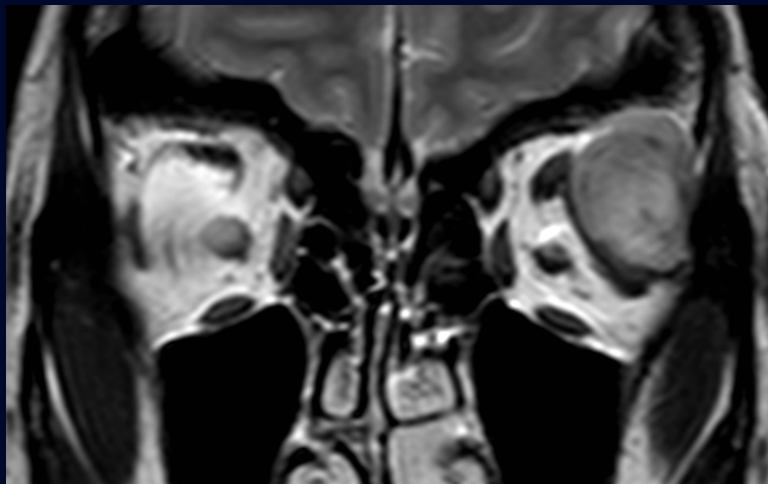
Ax T1 C-



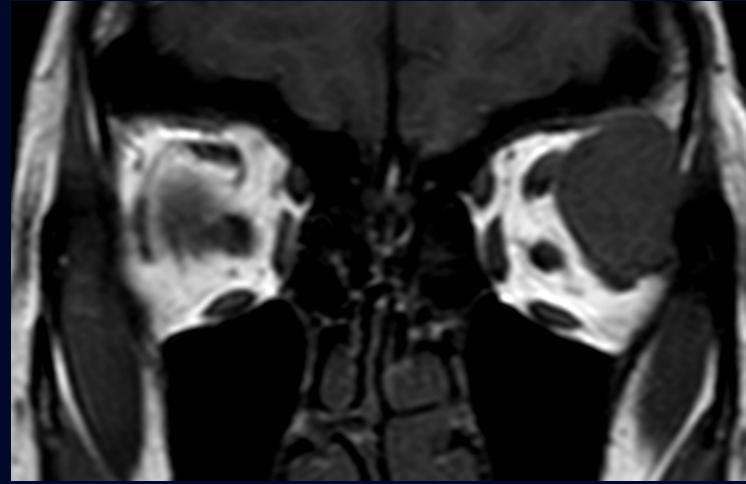
Ax T1 Gado+



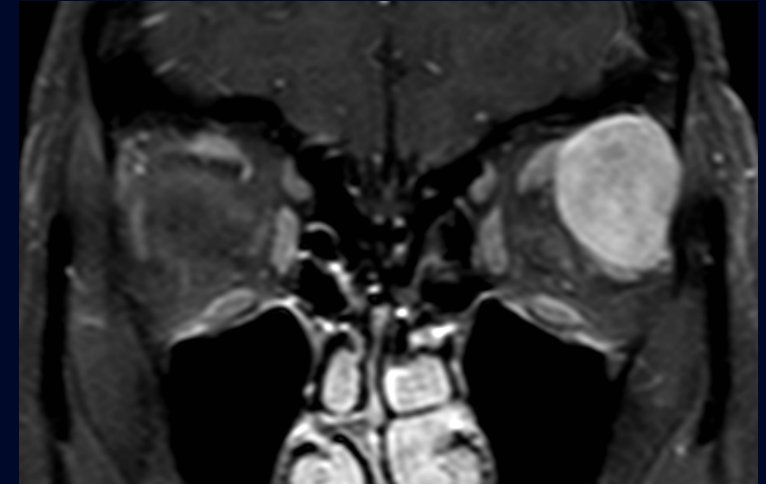
Coro T2



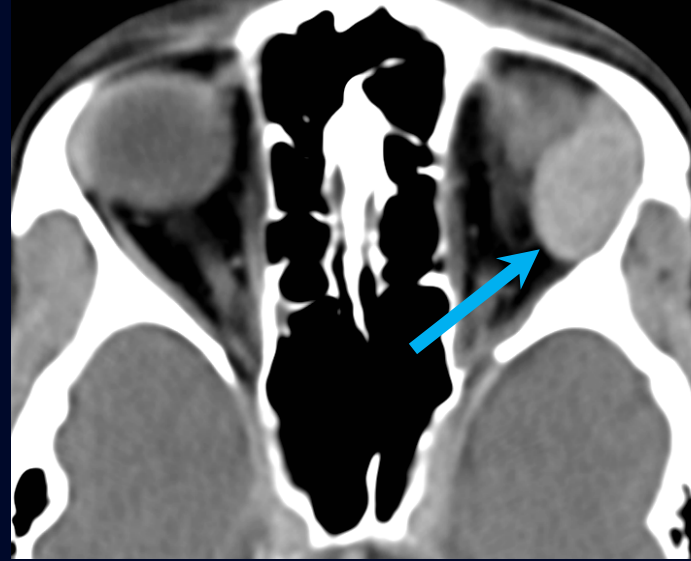
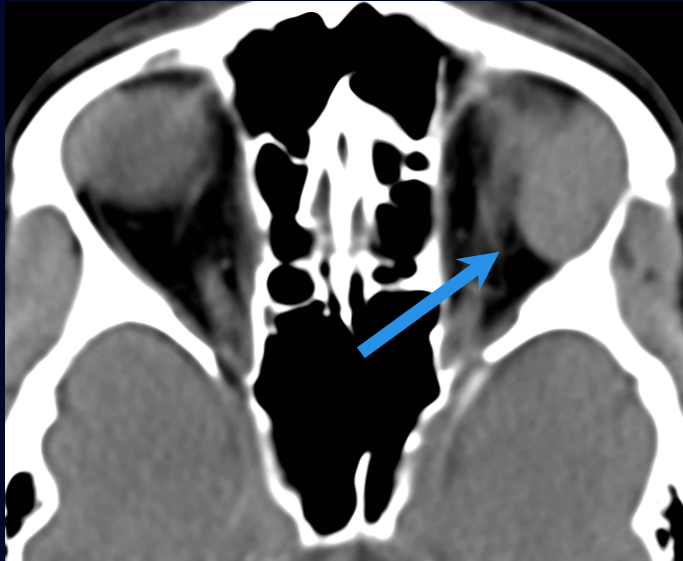
Coro T1 C-



Coro T1 Gado+



TDM



Masse extraconale
rehaussante avec
déviation du globe
oculaire vers le bas et en
dedans

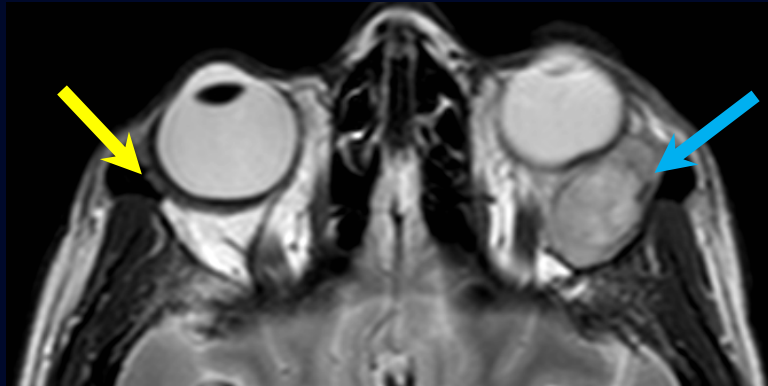
Pas d'anomalie
controlatérale



Pas de plan de clivage
avec le globe oculaire ou
le muscle droit latéral

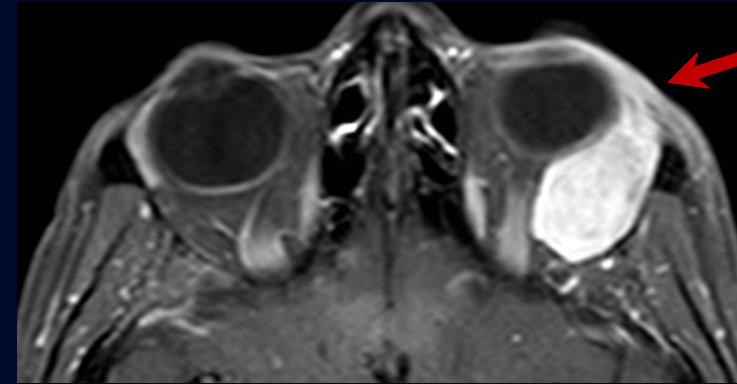
IRM

Ax T2



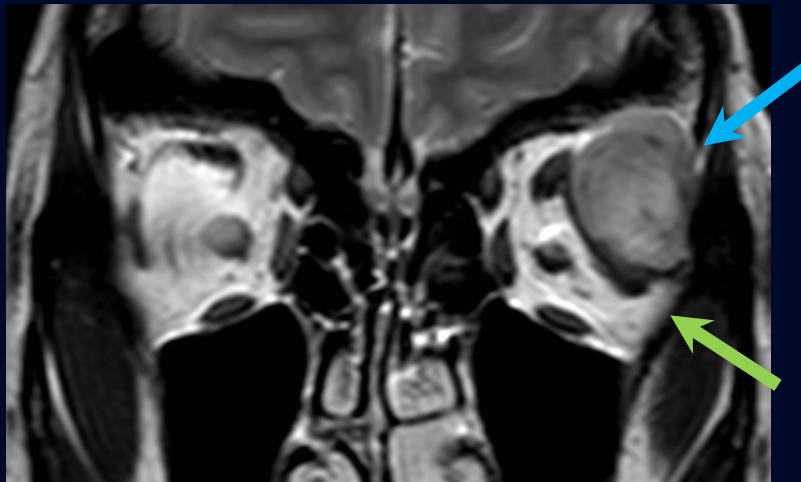
Glande lacrymale droite normale

Ax T1 Gado+



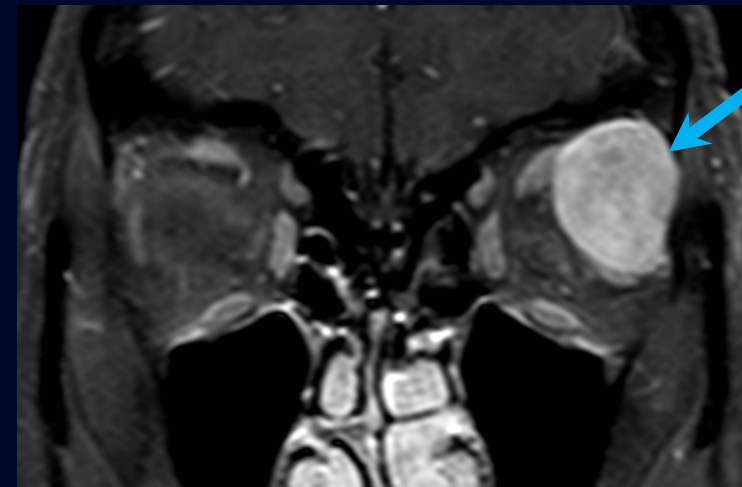
Infiltration préseptale

Coro T2



Refoulement sans envahissement des muscles, du globe oculaire ou de la graisse intra orbitaire

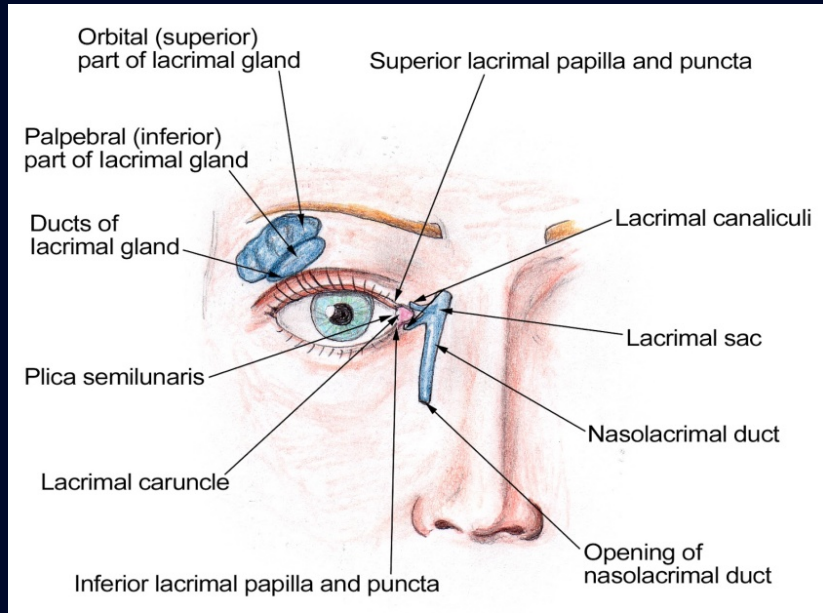
Coro T1 Gado+



Masse tissulaire extraconale, unilatérale, bien limitée, centrée sur la glande lacrymale gauche, rehaussant fortement et de façon homogène

Synthèse radiologique

- Masse intraorbitaire, extraconale gauche, ovalaire, centrée sur la glande lacrymale
- Hyperintense hétérogène T2, hyposignal T1 et rehaussant de manière homogène post-gadolinium
- Contact avec les muscles droits supérieur et latéral sans plan clival graisseux mais sans signe direct d'envahissement
- Pas de rehaussement péri-neural suspect
- Pas d'extension endocrânienne
- Pas d'anomalie de la glande lacrymale controlatérale



Diagnostic différentiel

Tumeur épithéliale maligne

- Carcinome adénoïde kystique (CAK)
- Carcinome mucoépidermoïde (CM)

Tumeur épithéliale bénigne

- Adénome pléomorphe (AP)

Tumeur non épithéliale

- Lymphome
- Chlorome (i.e Sarcome Granulocytaire)
- Métastase

Lésion inflammatoire/ infectieuse

- Dacryoadénite
- Pseudotumeur inflammatoire

Tumeur épithéliale

- Maligne : **CAK+++**, **CM (rare)**
partie orbitaire de la glande lacrymale. Classiquement, exophtalmie unilatérale douloureuse par croissance rapide de l'infiltration tumorale et destruction osseuse
- Bénigne : **AP** : patient âgé de 20 à 40 ans unilatérale, partie orbitaire de la glande, évolution lente

Si la présentation clinique est atypique, une lésion maligne devra toujours être exclue par examen anatomopathologique !

Lésion inflammatoire / infectieuse

- **Dacryocystite**: Infiltration de la graisse orbitaire et peut se compliquer d'un abcès

Tumeur non épithéliale

- **Lymphome** : partie orbitaire et palpébrale de la glande lacrymale. Patient plutôt âgé. Pas de destruction mais remodelage osseux adjacent classique. Lésion isodense aux muscles. Rehaussement léger après contraste. Restriction de la diffusion+++
- **Chlorome** : contexte de leucémie, patient jeune, souvent atteinte du globe oculaire ou de la graisse intra orbitaire avec extension secondaire à la glande lacrymale
- **Métastase** : contexte de cancer du sein, prostate, rein, thyroïde ou mélanome

- **Pseudotumeur Inflammatoire**:
Élargissement intermittent douloureux de la glande. Diagnostic d'exclusion!

Comment raisonner devant une atteinte de la glande lacrymale?

1. Evolution lentement progressive ou aiguë?
2. Atteinte unilatérale ou bilatérale?
3. Est-ce douloureux?
4. Y a t-il un retentissement osseux?



Atteinte unilatérale ou bilatérale?

Unilatérale

Variable

Bilatérale

Tumeur épithéliale

Atteinte douloureuse?

Atteinte inflammatoire

Atteinte douloureuse?

Non

Oui

Oui

Non

AP

CAK
CM

Dacryoadénite
Pseudotumeur
Chlorome
Métastase

Lymphome

Sarcoidose
Syndrome de Sjögren
Hyperplasie lymphoïde

**Diagnostic
final**

Carcinome
Adénoïde
Kystique

Carcinome Adénoïde Kystique

Carcinome le plus fréquent

- **Signes cliniques :**

- Déplacement inféromédial du globe oculaire
- Diplopie
- Douleur +++

- **Signes radiologiques :**

- Masse du quadrant temporal supérieur de l'orbite
- Destruction osseuse très suggestive
 - **Toujours rechercher une dissémination périnerveuse!**

Carcinome Adénoïde Kystique

Traitement

- Résection chirurgicale complète, jusqu'à exentération et résection osseuse
- Radiothérapie adjuvante

Pronostic

- Risque de dissémination métastatique pulmonaire et osseuse
- Taux de récurrence élevé, locale et à distance
- Survie à 10 ans sans récurrence = 30-50%

Références

Gao Y, Moonis G, Cunnane ME, Eisenberg RL. Lacrimal gland masses. AJR Am J Roentgenol 2013; 201:W371-381

Jung WS, Ahn KJ, Park MR, et al. The Radiological Spectrum of Orbital Pathologies that Involve the Lacrimal Gland and the Lacrimal Fossa. Korean Journal of Radiology 2007; 8(4):336-342.

Statdx